Ueber die Mischgeschwülste der Parotis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

GESAMTEN MEDIZIN

verfasst und einer

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Arno Kurt Schuster
Medizinalpraktikant.

ACAD
IRRD BAT
BIBL

München 1910.
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE.

GEDRUCKT MIT GENEHMIGUNG
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
: DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN. :

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545805_0171

Die Tumoren der Speicheldrüsen haben von jeher das Interesse der Chirurgen und pathologischen Anatomen in hohem Masse wachgerufen. Und doch dürfte es trotz einer grossen Menge einschlägiger Arbeiten kaum ein Gebiet geben, auf dem soviel Uneinigkeit und Unklarheit herrscht. Gibt uns die Frage nach der Genese der Geschwülste überhaupt schon Rätsel über Rätsel auf, so liegt bei den Speicheldrüsentumoren noch eine grosse Schwierigkeit in der Deutung der überaus komplizierten histologischen Struktur dieser Geschwülste, handelt es sich doch hier meist um sogenannte Mischgeschwülste, die man als geradezu charakteristisch für die Speicheldrüsen, besonders die Parotis bezeichnet (Küttner).

Erst in zweiter Linie kommen, was die Häufigkeit anlangt, die Karzinome (König).

Nicht zu allen Zeiten ist man dieser Ansicht gewesen. Durchblättert man die einschlägige Literatur, so findet man, dass vor 30 Jahren nur von Parotiskarzinomen die Rede war, seit Erscheinen der umfassenden Arbeiten Kaufmanns und Volkmanns fast nur von Parotissarkomen. Volkmann selbst gibt uns in seiner Abhandlung „Ueber epitheliale Geschwülste" die Erklärung hierfür: „Die Tumoren sind dieselben geblieben, aber ihre Auffassung hat sich geändert." In den letzten Jahren scheinen wir abermals an dem Punkte angelangt, wo sich unsere Anschauungen über die Parotistumoren ändern.

Die Parotisgeschwülste setzen sich in der Mehrzahl der Fälle zusammen aus Knorpel-, Knochen-, Faser- und Schleimgeweben einerseits und zellreichen Strängen und Nestern anderseits oder wenigstens aus einigen dieser Komponenten.

Konnte dieser gemischte Charakter der Parotistumoren von jeher geleugnet werden?

Nein. Billroth, Kaufmann, Evetzky, Nasse beschreiben eingehend ihre histologische Mannigfaltigkeit und diskutieren die Entstehungsmöglichkeiten der verschiedenen Gewebs-

arten. Doch sind sie der Meinung, dass alle nachweisbaren Zellformen einheitlicher, nämlich endothelialer Herkunft sind und rechnen sie zu der Familie der Sarkome. Dieser Auffassung gegenüber steht eine andere, die die Bezeichnung Mischtumor so auffasst, dass hier epitheliale und bindegewebige Elemente gemischt vorkommen. Sie wird ganz allgemein von den französischen Autoren vertreten, hat aber auch in Deutschland im letzten Jahrzehnt besonders in Hinsberg, Wilms und Kronpecher energische Anhänger gefunden. Sie führen in der Tat so gewichtige Gründe für die echte epitheliale Abstammung der Zellstränge in den Parotistumoren an, dass es mich nicht Wunder nehmen würde, wenn mit der überlieferten Auffassung der Parotistumoren als Sarkom- bezüglich Endothelgeschwülste allgemein gebrochen würde.

Billroth war der erste, der die Speicheldrüsengeschwülste eingehend histologisch untersuchte und zu dem Schluss kam, es handle sich hier meist um zusammengesetzte „gallertige Bindegewebsgeschwülste". Er warnte ausdrücklich vor einer Verwechslung mit Drüsenkanälchen, die er bei der netzförmigen, alveolären Anordnung der Zellverbände für sehr leicht hält. Dreiviertel aller Parotistumoren seien Bindegewebsgeschwülste.

Diese Auffassung wurde dann besonders von Kaufmann in seiner Abhandlung „Das Parotis-Sarkom" vertreten.

Nasse modifiziert sie dahin, dass wahrscheinlich speziell die Endothelien der Saftspalten oder des Lymphgefässsystems der Ausgangspunkt der Geschwulstbildung seien.

Volkmann endlich glaubt dies mit Sicherheit annehmen zu dürfen. Seine Arbeiten waren in der Folgezeit für die deutschen Ansichten massgebend. Bestätigt wurden die Resultate Volkmanns durch Küttner, Henkel, Lotheisen u. a.

Kolaczek spricht sich in seiner Arbeit „8 neue Fälle von Angiosarkom" dahin aus, die meisten Tumoren in der Gegend der Speicheldrüsen seien Angiosarkome, d. h. Tumoren, die durch Wucherung der Endothelien der Blutgefässe entstanden sind.

Auch Borst tritt in seiner „Geschwulstlehre" für den Endotheliomcharakter der Parotismischgeschwülste ein und hebt besonders den an manchen Stellen nach seiner Meinung eklatanten angioblastischen Wachstumstypus hervor.

Wie beweist nun Volkmann die Abstammung der epithelähnlichen Zellverbände von Endothelien?

Er behauptet, „die Entstehung durch Wucherung endothelialer

Zellen ist mikroskopisch direkt ersichtlich", oder aber die Entstehung ist zwar nicht erkennbar, die Vergrösserung erfolgt aber nachweisbar durch endotheliale Wucherung. In den Randpartien seiner Tumoren beobachtete er Stellen, die diese Anschauung stützten. Zwischen den Bindegewebsbündeln sieht man häufig einreihige Zellstränge liegen, an diesen laufen „die beiden Endzellen der Reihe oder des jungen Zellstrangs spindelig spitz in den Spaltraum aus und gehen in die platten Zellformen der benachbarten Endothelien über", während nach dem Tumorzentrum zu die Zellen aufquellen, sodass aus der dünnen Endothelplatte ein dicker Balken wird. Diese Balken gehen dann in kompakte Zellmassen über, die oft ausserordentlich an Karzinomzapfen erinnern. Diese Stellen hält Volkmann für die ersten Anfänge der Tumorbildung. Die Geschwulst wächst dann weiterhin nach demselben Modus, indem die bisher normalen Endothelien der Umgebung resp. der Geschwulstkapsel von der Wucherung mit ergriffen werden und gleichfalls Tumorzellen bilden, also gleichsam vom Tumor infiziert werden.

Gegen den epithelialen Charakter der Zellen spricht nach Volkmann trotz grösster morphologischer Aehnlichkeit ihr enger Zusammenhang mit dem umgebenden Bindegewebe. Bei der Härtung retrahieren sich die Zellen z. B. nicht vom Stroma, wie das die Epithelien in Karzinomen so häufig tun.

War für Volkmann der endotheliale Charakter seiner Tumoren eine unanfechtbare Tatsache, so äusserte sich Hansemann in seiner „Mikroskopischen Diagnose der bösartigen Geschwülste" vorsichtiger.

„Man kann nicht verhehlen, dass die Ableitung dieser Tumoren von den Endothelien, die erst jüngeren Datums ist, doch vielleicht noch nicht auf so sicheren Füssen steht. Ich selbst bin zwar durchaus der Ansicht Volkmanns in dieser Beziehung, aber ich kann nicht leugnen, dass diese Ansicht eine subjektive ist, und dass ich bei vielen dieser Tumoren in Verlegenheit geraten würde, wenn ich das einem anderen, der es nicht gutwillig glauben will, beweisen sollte."

Auch Lubarsch stimmt Hansemann darin bei, „dass wir keine wirklich zuverlässigen Kriterien für die Endotheliom-Diagnose besitzen". Auf Grund seiner Arbeiten kommt er zu der Ueberzeugung, „dass die in vielen Kreisen verbreitete Neigung, die Endotheliomdiagnose wesentlich auf Grund der Anordnung der Zellschläuche, ihrer Ausbreitung und der Reichlichkeit hyaliner

Abscheidung zu stellen, zu vielen Irrtümern Anlass geben kann."

Besonders scharf tritt Hinsberg der Beweisführung Volkmanns entgegen. Er hält es für unendlich schwierig, an einem Tumor, der nicht gerade im Entstehen begriffen ist, noch die Stelle zu bezeichnen, von der aus derselbe seinen Anfang nahm. Des weiteren hält er aber nach den neueren Ergebnissen Ribberts und Borsts jene Ansicht Volkmanns für unhaltbar, dass die Tumoren wachsen, indem sie den benachbarten Saftspaltenendothelien den Anreiz zur Tumorbildung mitteilen und dass diese dann ebenfalls zu Tumorzellen werden.

Nach Ribbert wächst vielmehr jeder Tumor ohne jede Beteiligung des Nachbargewebes aus sich selbst heraus.

Borst glaubt, dass eine Beteiligung der Endothelien höchstens insofern stattfindet als sie in reaktive Wucherung geraten. Gleichwohl vertritt er die Endotheliomnatur der Parotisgeschwülste.

Volkmann will an die epitheliale Natur der Zellstränge erst dann glauben, wenn ihre Wucherung von Drüsenacini aus direkt im Bild gezeigt werden kann. Dagegen wendet Hinsberg ein: „Die Speicheldrüsentumoren sind fast stets vollkommen scharf gegen die Umgebung abgekapselt und ich glaube, dass man deshalb von vornherein darauf verzichten muss, durch Suchen nach Zusammenhang mit der Nachbarschaft etwas über ihre Genese zu erfahren. Die abgekapselten Fibroadenome der Mamma z. B. sieht man heute fast allgemein als Abkömmlinge embryonal versprengter Keime der Mamma an; es wird aber wohl niemand daran denken, dass zwischen den Drüsen des Adenoms und denen der Mamma irgend ein sichtbarer Zusammenhang bestehen müsse."

Wilms stimmt hierin mit Hinsberg vollkommen überein. Auch er betont, „dass die Entwicklung der Geschwülste nichts mit der fertigen Parotis zu tun hat.

Hinsberg und Wilms führen für das Vorhandensein echter epithelialer Elemente besonders einen gewichtigen Punkt ins Feld. In mehreren Parotisgeschwülsten gelang ihnen der Nachweis von Kanälen und Cysten, deren Wand mit einer Plattenepithelschicht ausgekleidet ist. Diese Plattenepithelschicht gleicht einer vollständigen Epidermis mit Basalschicht, Riffzellen und Hornschicht, und so entsteht das ausgesprochene Bild eines weichen Plattenepithelkarzinoms. Wilms sah nun von diesen Plattenepithelinseln jene typischen Zell-

züge und -kanäle abgehen, wie man sie in den Parotistumoren allenthalben anzutreffen gewöhnt ist. Der epitheliale Charakter derselben scheint ihm somit evident erwiesen. Wilms baute auf dieser Beobachtung seine weiter unten zu besprechende Lehre von dem Ursprung der Mischgeschwülste auf.

Von den jüngsten Autoren treten vor allem Krompecher für die Epithelnatur des Parenchyms der Parotistumoren ein, während Steinhaus auf Grund seiner Untersuchungen zweier Submaxillar-Mischgeschwülste die von Hinsberg und Wilms herangezogenen Beweise zu entkräften sucht.

Welche Ansichten herrschen nun über die Genese des morphologisch so mannigfaltigen Zwischengewebes der Parotisgeschwülste? Für die Verfechter der Endothelnatur der Mischtumoren ist diese Frage nach der Herkunft des Stromas gleichbedeutend mit der Frage nach der Herkunft der Tumoren überhaupt.

Kaufmann gesteht offen, dass er „Bestimmtes über die Herkunft der sogenannten Parotissarkome anzugeben nicht imstande sei. Wenn man liest, wie aus dem interacinösen Bindegewebe die verschiedenartigen Geschwülste hervorgehen, zu umschriebenen Knoten anwachsen, das Drüsengewebe verdrängen oder zur teilweisen Atrophie bringen, so klingt das sehr plausibel, allein niemand hat es noch gesehen, wie und ob das wirklich sich macht."

Volkmann nimmt dies gleichwohl an. Er meint, dass sich der Tumor im Bindegewebe der Parotis oder deren Umgebung, also in vollkommen normalem Bindegewebe entwickelt und fasst die verschiedenen Modifikationen des Stromas zum grössten Teil als Degenerationsprodukte auf und redet von hyaliner und schleimiger Entartung, während er die Knorpelbildung als Metamorphose bezeichnet. Sei doch beispielsweise die Umwandlung von Bindegewebe in Knorpel auch physiologisch kein seltenes Vorkommnis.

Auch Virchow spricht in seinem bahnbrechenden Werke „Die krankhaften Geschwülste" die Ansicht aus, der Knorpel in den Enchondromen der drüsigen Organe bilde sich aus dem Bindegewebe der Drüse. Er nimmt aber an, dass das Bindegewebe vorher in Reizzustände gerät, infolge deren es sich vermehrt und verdichtet und dann die Metamorphose in Knorpel erfährt.

Volkmann und Virchow nehmen also eine Metaplasie in weitem Sinne an.

Dadurch treten sie aber in entschiedenen Gegensatz zu

vielen normalen Anatomen und Pathologen. Bei Stöhr findet sich folgender Passus: „Eine direkte Umwandlung fertigen Binde- oder Knorpelgewebes in Knochengewebe kommt nicht vor. Die als Metaplasie bezeichneten Vorgänge sind vielmehr so zu verstehen, dass indifferente Bildungszellen des Bindegewebes sich unter verschiedenen Einflüssen bald zu Knochenzellen, bald zu Knorpelzellen oder typischen Sehnenzellen umwandeln können."

Auch zahlreiche andere Forscher halten Metaplasie nur innerhalb sehr enger Grenzen für möglich.

Mehr Wahrscheinlichkeit als diese Metaplasietheorie hat eine Erklärung im Sinne Cohnheims für sich, nach welcher Knorpel- und Schleimgewebe aus einer embryonal versprengten Kiemenbogenanlage hervorgehen.

Klebs und Birch-Hirschfeld (letzterer prägte das Wort „branchiogene Parotistumoren") haben soviel ich sehe zuerst nach Cohnheim das Problem so zu lösen versucht.

König sagt in seinem „Handbuch der spez. Chirurgie": „Wenn für irgend eine Geschwulst die Annahme eines kongenitalen Keimes wahrscheinlich ist, so ist es für diese. Man hat in der Tat den Eindruck, dass die Geschwulst in die Parotis eingesprengt, etwas ganz fremdartiges ist. Dazu kommt, dass die ersten Anfänge der Geschwulst in den meisten Fällen offenbar schon sehr früh zur Entwicklung kommen."

Hinsberg hat nun von der oben erwähnten Cohnheimschen Theorie ausgehend die entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse einer genaueren Prüfung unterzogen. Er kam zu dem Schluss, dass jene Theorie von der versprengten Kiemenbogenanlage in so einfacher Form kaum zutreffend sein kann. „Während die Kiemenbogen beim Menschen schon in der vierten Woche schwinden, treten die Speicheldrüsen später in der sechsten bis achten Woche in ihren ersten Anlagen auf, beide sind also niemals nebeneinander vorhanden und räumliche Beziehungen sind schon durch die zeitlichen Verhältnisse ausgeschlossen."

Hinsberg kommt vielmehr auf Grund eingehender Forschungen an menschlichen Embryonen zu folgendem Schluss: „Beim Embryo sind die Bedingungen für eine gemeinsame Verlagerung der beiden Geschwulstkomponenten, Epithel wie Stroma, insofern vorhanden, als die Parotis, ehe sie abgekapselt ist, mit einzelnen Acinis dicht an und fast im Periost des Unterkiefers resp. Perichondrium des Reichertschen Knorpels liegt. Das Zylinderepithel stammt

wohl sicher von der Drüsenanlage selbst, das Plattenepithel vielleicht auch, vielleicht aber auch von der Trommelfellanlage.“ Hinsberg modifiziert also die Cohnheimsche Theorie von der Entstehung der Parotistumoren dahin, dass ein Teil des versprengten Keimes von der Parotis, ein zweiter von dem Knorpelknochengewebe des Unterkiefers und ein dritter unter Umständen von der Trommelfellanlage herrühren soll. Ich glaube, man kann sich hier des Eindruckes einer gewissen Künstelei nicht entziehen, und Wilms macht nach meiner Ansicht mit Recht den Einwurf, dass es nicht recht verständlich sei, warum alle drei Komponenten in so innige Beziehung treten und in manchen Fällen z. B. Plattenepithel in den verschiedensten Bezirken der Geschwulst vorkommt.

Wilms kommt denn auch in seiner interessanten Spezialarbeit „Die Mischgeschwülste“ zu anderen Schlüssen. Er setzt die Mischgeschwülste in nahe Beziehung zu den Teratomen und Embryomen. Bei seinen Deduktionen stützt er sich besonders auf die oben bereits erwähnten Bilder, wo von Plattenepithelinseln Schläuche abzweigen, die nicht mit Plattenepithel, sondern mit Zylinder- und kubischem Epithel ausgekleidet sind. Er deutet dies als den Uebergang der einen Epithelart in die andere und setzt diese Mannigfaltigkeit der Epithelien in Parallele zu der des Stromas. Dort alle Abkömmlinge des Ektoderms (Epidermis, Drüsenepithel) — hier fast sämtliche Produkte des Mesenchyms (elastisches und kollagenes Bindegewebe, Schleim-, Knorpel-, Knochen- und Sarkomgewebe. Es muss hier beigefügt werden, dass Wilms das Vorkommen von Sarkomzellen und maligne sarkomatöse Entartung von Mischtumoren keineswegs leugnet).

Hieraus ergab sich für Wilms der Schluss, dass die Parotismischgeschwülste aus einem Ektoderm-Mesenchymkeim hervorgehen, der embryonal beiseite geschoben wurde zu einer Zeit, da Ektoderm- und Mesenchymzellen noch vollkommen undifferenziert waren und alle ihrem Keimblatt eigentümlichen Bildungsmöglichkeiten in sich bargen. Wilms acceptiert also Cohnheims Theorie, nach der in den Geschwülsten embryonales Gewebe wächst, nur modifiziert er sie dahin, dass es sich um keine Keimversprengung, sondern um eine Keimausschaltung handelt, denn die Keime wuchern ja dort, wo sie beiseite geschoben wurden, ferner dass die Verlagerung der Keime kein kausales Moment für die Geschwulstbildung ist, sonst müssten alle Nebennieren und aberrierte Strumen zu Tumoren auswachsen. Wilms meint vielmehr, dass bei Entstehung der Ge-

schwülste gewisse noch unbekannte, ins Gebiet der Entwickelungsmechanik gehörende Relationen zwischen embryonalem Keim und fertigem ihn umgebenden Gewebe fehlen oder ausfallen, kraft deren eine normale Differenzierung möglich ist. Jenen, die sich an der Annahme stossen, dass ein Keim, ohne zu wachsen, Jahrzehnte lang im Körper ruhen könne, entgegnet er, dass wir doch normalerweise Keimanlagen in uns tragen, die ebenfalls jahrelang nicht wachsen, z. B. die Anlage der Bart- und Schamhaare.

Auch das öfter eintretende malignere Wachstum der Mischtumoren, von dem weiter unten die Rede sein wird, versuchen Wilms und Hinsberg zu erklären. Hinsberg sagt hierbei: „Die verlagerten Epithelien bilden zusammen mit dem sie umgebenden gleichfalls verlagerten Bindegewebe eine Art von organischen Verband, wie etwa die Acini einer normalen Drüse mit ihrem zugehörigen Bindegewebe. Beide Gewebe wuchern nun zunächst nebeneinander und durcheinander, ohne dass das Gleichgewicht gestört wurde, der organische Zusammenhang mit dem Mutterboden hindert hier die Epithelien an schrankenloser Wucherung, wie wir sie in Karcinomen sehen.“ Wird dieser Zusammenhang durch eine noch nicht gekannte Ursache gelöst, dann gewinnt die eine Gewebsart das Uebergewicht, es kommt zur Karcinom- oder zur Sarkombildung.

Es bleibt noch zu erwähnen, dass Krompecher in seiner Studie „Der Basalzellenkrebs“ neuerdings die Mischtumoren als „Basalzellentumoren“ erklärt. Er behauptet den Ausgang dieser Geschwülste vom Basalepithel versprengter Pflasterepithelcysten und Keime direkt nachgewiesen zu haben. Eine wesentlich andere Auffassung als die Wilmssche kann ich hierin nicht erblicken.

Im Folgenden möchte ich auf das klinische Verhalten der Parotismischtumoren etwas näher eingehen.

Das erste Auftreten der Mischtumoren wird meist im dritten Dezennium (ein Drittel aller Fälle nach Kaufmann) beobachtet, weniger oft im zweiten (ein Fünftel aller Fälle n. K.) und im vierten. Bei Männern etwas häufiger als bei Frauen. Die linke Seite soll bevorzugt sein. Als ätiologische Momente werden Trauma, bes. Ohrfeigen und Entzündung genannt. Die Mischtumoren repräsentieren sich als rundliche, deutlich abgrenzbare Geschwülste von Nuss- bis Mannskopfgrösse. Sie können in allen Teilen der Drüse auftreten und die Drüsensubstanz verdrängend sich innerhalb der Drüsenkapsel ausbreiten. Sie wachsen dann unter dem Ohr und dem

Kieferwinkel nach dem Pharynx zu, das Ohrläppchen charakteristisch abhebend.

Die Oberfläche der Tumoren ist ziemlich glatt, nur bei reichlichem Knorpelgehalt höckrig. Die Konsistenz ist derb, besonders an knorpelhaltigen Stellen, während Schleimgehalt fluktuierende weiche Beschaffenheit bedingt.

Charakteristisch ist die freie Verschieblichkeit unter der Haut und auf der Unterlage. Sie ist bedingt durch die straffe Bindegewebskapsel, die die Geschwulst vom umgebenden Gewebe trennt.

Die Schnittfläche ist weisslich oder rötlich weiss, oft wechseln harte Stellen mit extrem weichen Stellen ab. Nicht selten ist eine schleimige Flüssigkeit mit dem Messer abstreifbar.

Die Mischgeschwülste wachsen anfangs durch Jahre hindurch in sehr langsamem Tempo. Schmerzen und Facialislähmung sind nicht vorhanden oder treten doch nur bei excessivem Wachstum als Folge mechanischen Druckes auf. Drüsenmetastasen fehlen. Nur die bisweilen auftretende störende Salivation oder die Entstellung durch den sich vorwölbenden Tumor führt meist zur Operation. Nach einer Statistik Kaufmanns werden die hierher gehörigen Parotistumoren im Mittel nach 8jährigem Bestehen operativ entfernt.

Noch ein Umstand aber ist es, der durch seine höchst alarmierende Wirkung den Patienten zu einem operativen Eingriff geneigt macht: das plötzliche, öfters nach einem Trauma auftretende rasche Wachstum. Mit Recht! Denn die Geschwulst hat jetzt ihren Charakter verändert. Sie durchbricht bald ihre Kapsel, durchwuchert die ganze Drüse und ist im klinischen Sinne malign geworden. Besonders wächst sie nach dem Pharynx zu, wodurch die Möglichkeit einer radikalen Entfernung aller Geschwulstelemente sehr erschwert wird. Die Haut ist verbacken, Drüsenmetastasen treten auf. Nach Küttner tritt dieser Umschlag im Charakter der Geschwulst in ca. 10—20 % der Fälle auf.

Die Prognose der Parotismischtumoren wird mit den erwähnten Einschränkungen von allen Seiten als durchaus gut bezeichnet, auch wenn lokale Rezidive auftreten, die dann fast immer ebenso gutartig sind als der primäre Tumor. Metastasen machen die Parotismischtumoren nie, meist tritt nach der Exstirpation bleibende Heilung ein.

Hiermit ist auch bereits die Therapie gekennzeichnet. Sie be-

steht in Ausschälung des Tumors und zwar mitsamt der Kapsel, um die Möglichkeit eines Recidivs auszuschalten.

Der Hautschnitt ist zur Schonung des Facialis in der Richtung seiner Aeste anzulegen. Zum gleichen Zweck empfiehlt sich auch die stumpfe Ausräumung, mit Finger, Pinzette oder geschlossener Cooperscher Scheere.

Die Indikation zur Operation ist angesichts der Möglichkeit eines plötzlichen malignen Wachstums nicht zu eng zu stellen. Auch sind, solange der Tumor noch kleine Dimensionen hat, die Chancen für radikale Entfernung und glatte Operation ohne Verletzung des Facialis günstiger.

Die Unterscheidung der Parotismischtumoren von anderen Parotistumoren ist nicht immer leicht. Küttner teilte die Parotisgeschwülste folgendermassen ein:

I. Mischgeschwülste.
II. Epithelgeschwülste
    a) Adenome, b) Karzinome.
III. Bindegewebsgeschwülste
    a) Angiome, b) Lipome, c) reine Fibrome, d) reine Myxome, e) Sarkome.

Die Adenome sind sehr selten. Mehr Interesse verdienen die primären Karzinome, denn sie sind nach den Mischgeschwülsten die häufigsten. Man unterscheidet Markschwämme und Scirrhen. Die Markschwämme zeichnen sich durch rasches proliferierendes Wachstum und weiche markige Beschaffenheit aus. Die Haut ist vorgewölbt, gespannt, glänzend, wie bei einer Entzündung, und mit dem Tumor verbacken. Sehr bald tritt Perforation ein, die Geschwulstmasse quillt hervor und verjaucht. Bisweilen treten profuse Blutungen auf. Lymphdrüsenmetastasen werden früh beobachtet, Facialislähmung spät.

Steht bei den Markschwämmen die Tumorbildung im Vordergrund, so fällt bei den Scirrhen ähnlich wie bei der Mamma mehr die Gewebsschrumpfung in die Augen. Die Haut ist eingesunken und strahlig gegen das Zentrum hingezogen. Die Lymphdrüsen werden spät affiziert, der Facialis früh gelähmt.

Für beide Karzinomarten bis zu einem gewissen Grade charakteristisch sind ferner Schmerzen und funktionelle Störungen (Sprach- und Gehörsstörung, Beeinträchtigung des Kau- und Schlingaktes).

Von den Bindegewebsgeschwülsten sind Angiome, Lipome,

reine Fibrome und reine Myxome selten. Die primären Sarkome kommen in allen bekannten Formen vor und zeigen vom derben Fibrosarkom bis zum weichen kleinzelligen Rundzellensarkom alle Uebergänge von relativer Gutartigkeit bis zu äusserster Malignität.

Bei dem Entscheid, ob eine Geschwulst der Parotis oder ihrer Umgebung angehört, wird man sich an die Regel Küttners halten: „Je mehr die Geschwulst der (unter Umständen konzentrisch vergrösserten) Contur der Parotis nach allen Seiten entspricht, desto eher ist sie als von der Parotis selbst ausgehend zu betrachten.“ Eine Ausnahme machen natürlich die von der Parotis accessoria mitten auf der Wange ausgehenden Geschwülste. Allerdings gilt die Regel nur für grössere Geschwülste.

Zu Verwechslung mit Parotisgeschwülsten können Veranlassung geben Lymphome der Lymphoglandulae parotideae. Sie liegen meist auf der Parotis auf. Ferner Lipome in der Fascia parotidea und Geschwülste, die vom Gehörgang, dem Unterkiefer oder Unterkiefergelenk oder dem Pharynx ausgehen.

Hier anschliessend möchte ich über zwei Fälle berichten, die in der Poliklinik von Herrn Professor Klaussner in München operiert wurden und die mehrere interessante Bestätigungen zu den obigen Ausführungen liefern.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 72jährigen Mann.

Anamnese: Vor etwa 6 Jahren bemerkte Patient einige Centimeter oberhalb des rechten Kieferwinkels eine etwas mehr als erbsengrosse, harte, runde Geschwulst. Er litt in jener Zeit an Zahnschmerzen und wurde beim Betasten der Wange auf sie aufmerksam. In den nächsten zwei Jahren wurde die Geschwulst um weniges grösser. Ein Arzt bezeichnete sie als ungefährlich, da sie verschieblich sei. In den letzten $^3/_4$ Jahren trat nun rasche Vergrösserung ein. Sie wuchs das Ohrläppchen abhebend und besonders von der Rückseite des Patienten als Geschwulst imponierend nach dem Processus mastoideus und der Fossa retromandibularis zu. Es bestanden weder spontane Schmerzen noch Schluck- oder Kaubeschwerden.

Klinischer Befund: In der Fossa retromandibularis ein ca. mannsfaustgrosser, rundlicher, derber Tumor mit glatter Oberfläche, der auf der Haut nicht verwachsen und auf der Unterlage allseitig gut verschieblich ist. Keine Drüsenschwellungen, keine Facialisparese.

Operation: Aethernarkose. Der Schnitt wurde in der Richtung

des Unterkiefers bis dicht vor den Processus mastoideus geführt. Die Geschwulst konnte ohne Mühe stumpf aus dem Parotisgewebe enukleiert werden. Wundnaht, Drainage, aseptischer Verband Die Wunde heilte per primam, nur besteht heute eine partielle postoperative Facialisparese, an der charakteristisch schiefen Mundstellung erkenntlich.

Mikroskopischer Befund: Der Tumor stellt ein feinmaschiges Netzwerk dar, dessen Maschen mit schmalen Nestern polygonaler epithelialer Zellen ausgefüllt sind, z. T. zeigen diese Nester Drüsenform mit Lumenbildung und typisch einreihigem, kubischem Epithel. Die Drüsen gehen in solide Stränge über, das Stroma, das das Maschenwerk bildet, ist faserreich, z. T. hyalin, an einzelnen Stellen schleimige Degeneration.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Mischtumor der Parotis mit karzinomatösem Habitus.

II Fall. Eine 68 Jahre alte Frau.

Anamnese: Vor etwa 20 Jahren bemerkte Patientin eine etwa erbsengrosse Geschwulst vor dem linken Ohrläppchen. 10 Jahre bestand dieselbe, ohne an Grösse zuzunehmen und ohne irgend welche Beschwerden zu machen. Nun bekam Patientin von ihrem Manne mit der Hand einen Schlag an die linke Unterkiefergegend, und zwar kann sich Patientin genau erinnern, dass jener Schlag das damals noch kleine Knötchen traf. Seit jener Zeit nahm die Geschwulst an Grösse rasch zu und es traten auch zeitweise Schmerzen der linken Gesichtshälfte auf. Die bisherige Behandlung bestand in Applikation von Blutegeln.

Klinischer Befund: In der linken Parotisgegend ein mehr als mannsfaustgrosser, sehr harter, mit der Haut nicht verwachsener, auf der Unterlage schwer verschieblicher, höckriger Tumor. Nirgends Fluktuation. Der Tumor reicht bis hinter das Ohrläppchen. Linksseitige Facialisparese. Keine fühlbaren Lymphdrüsen.

Operation: Scopolamin — Morphium — Aethernarkose. Hautschnitt parallel dem Unterkiefer über die Höhe des Tumors. Nach Durchtrennung der deckenden Weichteile gelang es leicht, den nach allen Seiten gut abgegrenzten Tumor in toto zu extirpieren. Blutstillung, Drainage, Hautnaht, aseptischer Verband Reaktionslose Heilung.

Die Kontrolle 4 Monate nach der Operation ergiebt eine glatte, nicht druckempfindliche Narbe, nirgends Zeichen eines Rezidivs.

Mikroskopischer Befund: Der Tumor besteht aus einem teils

derb faserigen, teil hyalin und schleimig veränderten Bindegewebe, in welches Leisten und Züge epithelialer Zellen eingeschoben sind. Letztere zeigen grosse, oval bis runde Kerne und enthalten an einzelnen Stellen Schleimklumpen.

An der Periferie ist das Bindegewebe in ausserordentlich derben Zügen angeordnet, zwischen denen in Gestalt schmaler Zeilen das Epithel, ein- bis mehrzeilig angeordnet, vorzudringen scheint. Keine Lumenbildung, nirgends Knorpel.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Mischtumor der Parotis mit karzinomatöser Entartung.

Die beiden beschriebenen Fälle bestätigen die sehr oft gemachte Beobachtung plötzlich einsetzenden raschen Wachstums der Mischgeschwülste nach vorherigem jahrelangem Bestehen. In dem einen Fall konnte die erste Wahrnehmung einer Geschwulst 5 Jahre, in dem andern sogar 10 Jahre von diesem Zeitpunkt aus zurückverlegt werden. Dabei ist es unwahrscheinlich, dass diese Wahrnehmung mit dem ersten Ursprung der Geschwulst zeitlich zusammenfällt. Meist führen erst Zufälle, in dem einen Fall Befühlen der Wange bei Zahnschmerzen, zu ihrer Entdeckung. Auch der oft erwähnte Zusammenhang zwischen Trauma und Einsetzen beschleunigten Wachstums ist in einem Falle zu konstatieren. Wie weit hierbei allerdings das Kausalitätsbedürfnis der Laien eine Rolle spielt, mag dahin gestellt bleiben.

Was die mikroskopischen Bilder anlangt, so scheint mir besonders der erste Fall der Auffassung unserer Tumoren als Sarkome oder Endotheliome zu widersprechen. Die echte Drüsenepithelnatur der von vielen Seiten nur als Epitheloidzellen bezeichneten Elemente ist an gewissen Stellen eklatant. Dass auch die soliden Zellstränge aus Epithel bestehen, beweist ihr direkter kontinuierlicher Uebergang in jene Drüsenschläuche.

Ich stehe deshalb nicht an, unsere beiden Geschwülste als Mischgeschwülste im Sinne einer Mischung aus Ektodermal- und Mesenchymabkömmlingen zu erklären.

Zum Schluss habe ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Claussner für die gütige Ueberlassung der beiden Fälle bestens zu danken.

Lebenslauf.

Ich, Arno Kurt Schuster, wurde geboren am 30. Dezember 1884 als Sohn des Kaufmanns Moritz Schuster in Mylau im Vogtland (Königr. Sachsen). Nach vierjährigem Besuch der Bürgerschule meines Heimatsortes absolvierte ich das Realgymnasium in Plauen i. V., wo ich Ostern 1904 das Maturitätszeugnis erwarb. Mein nun folgendes Medizinstudium führte mich zunächst 1 Semester nach Leipzig, dann 2 Semester nach München, wo ich im Sommer 1905 meinen halbjährigen Dienst mit der Waffe leistete, und dann 2 Semester nach Kiel. Hier bestand ich Ende Februar 1907 das Tentamen physicum und nach weiteren fünf klinischen Semestern in München die ärztliche Prüfung dortselbst am 9. Dezember 1909. In der folgenden Zeit war ich 3 Monate an der dermatologischen Abteilung des Münchener Krankenhauses l. I. als Medizinalpraktikant tätig, seit 1 April bin ich am Landeskrankenhaus zu Altenburg angestellt.

Litteratur.

1. Küttner: Handbuch der praktischen Chirurgie v. Bergmann. Bd. I. 1903.
2. König: Handbuch der spez. Chirurgie. Bd. I. 1899.
3. Billroth: Virchows Archiv. Bd. XVII.
4. Nasse: Langenbecks Archiv. Bd. 44.
5. C. O. Kaufmann: Langenbecks Archiv. Bd. XXVI.
6. Volkmann: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 41.
7. Kolaczek: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XII.
8. Borst: Die Lehre von den Geschwülsten. 1902.
9. Lubarsch: Zur Lehre von den Geschwülsten u. Infektionskrankheiten. 1891.
10. Hansemann: Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste.
11. Hinsberg: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 51.
12. Stöhr: Lehrbuch der Histologie. 1904.
13. Wilms: Die Mischgeschwülste. Heft III. 1902.
14. Klebs: Allgemeine Pathologie. Bd. II.
15. Krompecher: Der Basalzellenkrebs. 1903.